UNIVERSITE PARIS V — RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE PARIS-OUEST

Année 1975

No 91

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean-François TRAPE
Né le 13 juillet 1949 à Alger

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PALUDISME D'IMPORTATION : REFLEXIONS SUR 226 CAS DE PALUDISME RECENSES DANS 14 HOPITAUX PARISIENS ENTRE LE 1er JANVIER 1970 ET LE 1er JANVIER 1975

Président de Thèse : Monsieur M. LARIVIERE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS-6e
1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548124_0037

UNIVERSITE PARIS V — RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE PARIS-OUEST

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean-François TRAPE
Né le 13 juillet 1949 à Alger

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PALUDISME D'IMPORTATION : REFLEXIONS SUR 226 CAS DE PALUDISME RECENSES DANS 14 HOPITAUX PARISIENS ENTRE LE 1er JANVIER 1970 ET LE 1er JANVIER 1975

Président de Thèse : Monsieur M. LARIVIERE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS-6e
1975

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Père,

A ma Mère

Lors de mes recherches dans les différents services et laboratoires de nombreuses personnes m'ont accordé leur aide ou leur bienveillance. Je les en remercie bien sincèrement.

J'adresse tout particulièrement l'expression de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur M. LARIVIERE

qui a bien voulu patronner cette thèse et me conseiller longuement au fur et à mesure de sa réalisation

A Messieurs les Professeurs BRUMPT, FASQUELLE, GENTELINI, GOLVAN, HOUIN, LAPIERRE, PAYET, ROUSSET et VERON

A Mesdames les Docteurs LAVARDE et THERIZOL

A Monsieur le Docteur BOURE

A Madame SAMSON

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PALUDISME D'IMPORTATION : REFLEXIONS SUR 226 CAS DE PALUDISME RECENSES DANS 14 HOPITAUX PARISIENS ENTRE LE 1er Janvier 1970 et le 1er Janvier 1975

-:-

INTRODUCTION

-:-

A la suite de 2 cas graves dont 1 mortel de paludisme à plasmodium falciparum observés en un très court laps de temps dans 2 hôpitaux parisiens le Professeur Larivière nous a proposé d'essayer de recenser les cas de paludisme observés dans plusieurs centres hospitaliers de Paris et de la région parisienne durant ces cinq dernières années.

Il apparaissait important de savoir s'il existait en France une progression du paludisme d'importation et dans ce cas si les structures sanitaires possédaient les qualités susceptibles de répondre au diagnostic et au traitement d'urgence que nécessite ce type d'affection parasitaire.

Nous avons donc conduit nos recherches dans 14 hôpitaux en consultant principalement les archives des différents laboratoires de parasitologie. Cette étude n'a pu être exhaustive, et ceci pour différentes raisons :

La première est que tous les cas de paludisme ne passent pas par ces laboratoires

- soit qu'ils soient diagnostiqués ailleurs (en hématologie ou en bactériologie surtout) et ceci particulièrement pendant les gardes de nuit ou de week-end. De plus dans plusieurs hôpitaux un tel laboratoire est de création récente
- soit que le paludisme n'ait pas été évoqué
- soit que goutte épaisse et frottis étant négatifs, le diagnostic ait été fait sur arguments cliniques ou par la sérologie dans un autre laboratoire.

D'autre part les archives sont parfois incomplètes ou impossibles à récupérer et des omissions et des erreurs sont possibles dans leur lecture ou le fichage.

Une fois réalisé ce ler recensement nous avons alors tenté de collationner les différents dossiers cliniques. Dans un certain nombre de cas celà n'a pas été possible.

*

A la suite de notre étude nous avons retenu 226 cas répartis entre le ler janvier 1970 et le ler janvier 1975 dont la preuve du paludisme a été établie sur 3 sortes d'arguments.

1) Découverte des hématozoaires sur frottis ou goutte épaisse. Tous les cas où un hématozoaire a été mis en évidence ont été retenus, à l'exception de ceux où la transmission est à l'évidence post transfusionnelle (vingt cas environ) qui sont exclus de cette statistique.

2) Sérologie seule positive. Nous nous sommes heurtés dans ce cas à la difficulté majeure d'interpréter les taux de positivités. Les techniques sérologiques (essentiellement l'immunofluorescence indirecte) donnent lieu à des résultats quantitatifs qui diffèrent selon les laboratoires. Aussi n'avons nous retenu comme taux significatifs que ceux qui étaient trouvés chez les malades dont la symptomatologie clinique paraissait très en rapport avec une impaludation récente.

3) Arguments cliniques seuls

Le problème s'est posé à nous essentiellement à l'hôpital Ambroise Paré ou un système particulier de fichage au niveau des archives centrales a permis de retrouver l'ensemble des observations où le diagnostic de paludisme a été porté, qu'il y ait eu ou non confirmation biologique.

Nous avons retenu cinq cas où le diagnostic ne semblait faire aucun doute bien que la recherche d'hématozoaires ait été négative et que la sérologie n'ait pas été demandée.

*

A l'évidence les résultats que nous analyserons n'ont pas tous la même valeur et peuvent être dans certains cas discutables mais notre travail n'avait pas pour objectif une étude statistique complète et rigoureuse. Nous voulions essentiellement essayer d'appréhender une physionomie nouvelle de la pathologie d'importation et tenter d'en dégager s'il était nécessaire des propositions permettant d'offrir au malade des garanties plus rigoureuses de diagnostic et de traitement.

*

Dans une première partie nous rassemblerons sous forme de tableaux les cas positifs observés dans chacun des hôpitaux étudiés.

Dans un deuxième chapitre nous essayerons de faire une synthèse des renseignements que nous avons obtenus.

Dans la dernière partie nous discuterons, au travers de cas graves que nous avons observés, des améliorations éventuelles à suggérer afin d'éviter que la lenteur du diagnostic ou que le retard à la mise en route du traitement spécifique ne soient à l'origine de nouveaux cas ou la perte de temps ait des conséquences fatales.

CHAPITRE I

TABLEAUX PAR HOPITAUX

-:-

Colonne nº 1 : Initiales du malade

Colonne nº 2 : Age du malade

Colonne nº 3 : Année d'hospitalisation du malade

Colonne nº 4 : Mois d'hospitalisation du malade

Colonne nº 5 : Nationalité du malade

Colonne nº 6 : Pays ou a été contracté le paludisme. Si plusieurs pays peuvent être en cause c'est généralement la région géographique qui est mentionnée

Colonne nº 7 : Nature du (des) plasmodium observé(s)

- F : Falciparum
- V : Vivax
- M : Malariae
- O : Ovale
- NI : plasmodium observé mais non identifié
- S : pas de plasmodium observé mais sérologie positive

Colonne nº 8 : Tableau clinique

- O : pas de signes évidents
- S : évolution simple
- G : évolution grave
- M : évolution mortelle

Colonne nº 9 : Conditions de traitement

- O : pas de traitement
- Av : traitement commencé avant confirmation biologique
- Ap : traitement commencé après confirmation biologique

Colonne nº 10 : Hospitalisation non motivée par le paludisme.
Les malades dont l'hospitalisation n'était pas en rapport avec le paludisme sont mentionnés dans cette colonne.

Colonne nº 11 : Delai entre l'hospitalisation ou la lère consultation spécialisée et le diagnostic biologique

Av : diagnostic précédant l'hospitalisation ou la consultation spécialisée

0 : diagnostic le jour même

1 : 1 jour

2 : 2 jours

3 : 3 jours

4 : 4 jours et plus

Colonne nº 12 : Délai entre l'hospitalisation ou la lère consultation spécialisée et la mise en route du traitement spécifique.

Av : début du traitement précédant l'hospitalisation ou la consultation spécialisée

0 : début du traitement le jour même

1 : 1 jour

2 : 2 jours

3 : 3 jours

4 : 4 jours et plus

Colonne nº 13 : Délai entre le retour de la zone d'endémie et l'apparition des ler signes cliniques
Ce délai est mentionné en jours.

Colonne nº 14 : Délai entre l'apparition des premiers signes et l'hospitalisation ou la première consultation spécialisée
Ce délai est mentionné en jours.

HOPITAL ST LAZARE
(à partir de 1973)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat.	Pays	Plasmodium F V M O N I S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O	n n m p p	Délai HD Av 0 1 2 3 4+	Délai HT Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. 1 s.	Délais 1ère hosp.
PJ	48	73	2	F	NIG	+	+	+		+	+	1	3
SJ	30	73	8	Tog	TOG	+	+	+		+	+	1	4
BM	4	73	11	Con	CON	+	+	+		+	+	0	40
CG	25	74	2	F	Afr.	+	+	+		+	+	700	15
FL	31	74	5	F	Gab	+	+	+		+	+	0	45

ABREVIATIONS :

Afr. : Afrique (non précisé)
ALG. : Algérie
ANG. : Angola
ARA. : Arabie Seoudite
ARG. : Argentine
CAM. : Cameroun
CEY. : Ceylan
COM. : Comores
CON. : Congo Brazza
DAH. : Dahomey
EGY. : Egypte
Extr. Or. : Extreme Orient (non précisé)
F. : France
GAB. : Gabon
GHA. : Ghana
GUI. : Guinée
GUIP. : Guinée exportugaise
GUY. : Guyanne
HAI. : Haïti
Hte Vo : Hte Volta
I : Italie
Ivo. : Cote Ivoire
IND. : Indes
KEN. : Kenya
LAO. : Laos
MAU. : Mauritanie
MAD. : Madagascar
MAR. : Maroc
niG. : Niger
NIGA : Nigeria
Nlle Heb. : Nouv. Hébrides
Nlle Gui. : Nlle Guinée
OUG. : Ouganda
PAK. : Pakistan
POR. : Portugal
ROU. : Roumanie
RSA : Afrique du Sud
SEN. : Sénégal
TCH. : Tchad
THA. : Thaïlande
TOG. : Togo
Tun. : Tunisie
VIE. : Vietnam

HOPITAL AMBROISE PARE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat.	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait Av Ap O	hosp non m. par pal.	Délai HD Av 0 1 2 3 4+	Delai HT Av 0 1 2 3 4+	Delais ret. ler s.	 ler sig. hosp.
DD	43	70	9	SEN	SEN	+	+	+		+	+		
KA	27	70	9	ALG	ALG	+	+	+		+	+	4	9
OH	23	71	3	CON	CON		+	+			+		
SM	29	71	6	F	MAL		+	+			+	60	2
IJ	33	71	10	F	GHA	+	+	+		+	+	10	1
AN	26	71	10	IVO	IVO		+	+			+	30	12
LP	2	73	3	TOG	TOG	+	+	+		+	+	9	5
GG	60	73	3	F	IVO	+	+	+		+	+	70	
ON	41	73	5	F	GAB	+	+	+		+	+	15	2
TO	44	73	5	F	VIE		+	+			+	25	7
BA	30	73	10	SEN	SEN		+	+			+	12	1
TA	26	73	10	SEN	SEN	+	+	+		+	+	15	1
SR	33	74	6	F	Afr	+	+	+		+	+	7	8
DH	27	74	9	F	CON	+	+	+		+	+		18

HOPITAL FRANCOMUSULMAN DE BOBIGNY

1	2	3	4	5	6	7	8	9	H 10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O	nm p p	Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Delais ret. le s.	le s. hosp.
HM		70	8	ALG	ALG	+							
FM		70	9			+							
AR		70	10	ALG	ALG	+							
BM		71	4	ALG	ALG	+							
CM		71	9	POR	POR	+							
BA	40	72	4	ALG	ALG	+	+	+		+	+		
FJ	26	72	7	F	HtVo	+	+	+		+	+	180	8
DK	30	72	9	MAL	MAL	+	+	+		+	+	1	10
GM	37	73	6	F	SEN	+	+	+	+	+	+	45	
NM	20	73	10	CAM	CAM	+	+	+		+	+	1	15
BA	24	73	12	PAK	PAK	+	+	+		+	+		
MJ	46	74	9	F	CAM	+ +	+	+		+	+	3	4
ED		74	9			+							
LS	27	74	10	MAL	MAL	+	+	+		+	+	9	5
LH		74	10			+							
KS	29	74	10			+							

1	2	3	4	5	6	7							8				9		10	11						12						13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium							Clinique				Trait.			Délai H.D.						Délai J.T.						Délai	
						F	V	M	O	NI	S		O	S	G	M	Av	Ap	O		Av	O	1	2	3	4+	Av	O	1	2	3	4+	Ret. ler s.	ler s. Hosp.
SO	17	70	11	SEN	SEN	+								+				+				+						+				1	2
LA	28	71	4	F	IVO	+								+			+						+						+			2	28
BR	60	71	6	F	TUN		+							+				+			+						+					23	7
PL	18	71	6	F	IVO	+								+				+					+						+			4	7
NF	26	71	8	MAL	MAL	+								+				+				+						+				8	2
FN	23	71	9	SEN	SEN	+								+				+				+						+				9	5
PM	2	71	9	GAB	GAB	++								+				+		+		+						+				2	
CB	43	71	10	F	Ext	0+								+				+				+						+					6
BA	18	72	1	F	IVO	+									+			+				+						+				8	20
LL	25	72	1	F	RCA						+			+			+										+					350	15
BM	29	72	2	F	IVO						+			+			+											+				50	5
PR	22	72	4	F	RSA	+								+				+							+						+	10	3
RP	25	72	8	F	AFR	+									+			+			+							+				-2	4
PE	31	72	8	CAM	CAM	+								+				+				+						+				7	2
DT	36	72	9	MAL	MAL	+								+				+				+						+				11	2
SP	50	73	2	F	AFR							+		+				+				+						+					28
DC	43	73	4	F	AFR									+			+										+					20	16
CJ		73	4	F	CEY	+								+				+				+						+				5	24
PD	45	73	7	F	KEN	+								+				+				+						+				15	8
GM	21	73	7	SEN	SEN	+								+				+				+						+				10	4
GR	59	73	7	F	AFR	+								+				+			+						+						7
AJ	36	73	7	F	PAK									+			+										+					600	
SF	18	73	7	IVO	IVO	+								+				+				+						+				30	L
GJ	18	73	8	F	NIGA	+									+			+				+						+				10	3
S	21	73	9	IVO	IVO	+								+				+				+						+				20	3
BR	24	73	10	F	TCH	+									+			+				+						+				-9	1
SE	14	73	10	GAB	GAB							+		+				+			+						+					1	6
JO	23	73	12	CAM	AFR	+								+				+				+						+				1	2
RJ	21	74	3	F	CON					+				+				+				+						+				180	7
SM	32	74	8	SEN	SEN	+								+				+				+						+				4	1
KS	20	74	8	COM	IND	+								+				+				+						+				18	5
BD	24	74	9	SEN	SEN	+								+				+				+						+				1	2
SK	34	74	10	SEN	SEN							+		+			+								+			+				1	2
CR	61	74	10	F	NIG		+							+				+				+						+				300	6
ST	28	74	10	MAL	MAL	+								+				+					+						+			2	5
AL	24	74	10	F	GAB	+								+			+					+					+					19	1

HOPITAL CLAUDE BERNARD

HOPITAL COCHIN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium	Clinique	Trait.		Délai H.D.	Delai H.T.	délais	
						F V M O NI S	O S G M	Av Ap O		Av 0 1 2 3 4+	Av 0 1 2 3 4+	ret. ler s	ler s. Hosp
BP	15	70	1	F	CON	+	+	+				12	5
NG	2	70	3	TCH	TCH	+	+	+				5	55
M		70	7	ALG	ALG	+	+	+				300	4
GJ	59	70	9	F	IVO	+	+	+		+	+	10	4
SJ	26	71	2	F	RCA	+	+	+				180	
LS	45	71	4	F	GAB	+	+					4	
PE	10	71	12	F	TCH	+	+	+				600	
LC	25	72	1	F	N11H	+	+	+					
EE	40	72	7	CAM	CAM	+	+	+	+			9	-
VB	32	72	10	F	TCH	+	+	+		+	+	150	
FS	32	72	11	MAL	MAL	+ +	+	+		+	+	8	1
LA	50	73	5	F	CAM	+	+	+		+	+	13	5
GB		73	10	ITA	MAR	+	+	+				3	3
TP	50	73	11	F		+	+	+		+	+	45	
OM	44	73	12	F	GAB	+	+	+				10	
TD	24	74	7	MAL	MAL	+	+	+		+	+	1	1
MA	9	74	10	IVO	IVO	+	+	+		+	+	35	
DM	30	74	10	GUY	IVO	+	+	+		+	+	4	4
PF	45	74	10	F	NIG	+	+	+				300	
SM	29	74	10	MAL	MAL	+	+	+		+	+		
GH	28	74	10	SEN	SEN	+	+	+		+	+	7	2
VA	32	74	11	F	HtVo	+	+	+		+	+	2	6

HOPITAL HENRI MONDOR (CRETEIL)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
A Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium	Clinique	Trait.		Delai H.D.	Délai H.T.	Délais	
						F V M O NI S	O S G M	Av Ap O		Av 0 1 2 3 4+	Av 0 1 2 3 4+	ret. ler s.	ler s. hosp.
FS	26	70	2	POR	ANG	+	+	+		+	+	400	
BH	23	72	10	F	CAM	+	+	+		+	+	43	
CV	57	73	1	F	GUI	+	+	+		+	+	12	7
ML	48	73	3	ALG	ARA	+	+	+		+	+	6	4
RO	23	73	5	ALG	ALG	+	+	+		+	+	-15	47
AL	26	73	9	IVO	IVO	+	+	+		+	+	6	4
DT	30	73	9	MAL	MAL	+	+	+		+	+		
NR	21	73	9	CAM	CAM	+	+	+		+	+	7	4
DA	23	73	11	POR	GUIP	+ +	+	+		+	+	700	25
EJ	27	74	9	CAM	CAM	+	+	+		+	+	14	5
SA	64	74	10	F	TOG	+	+	+		+	+	1	6
GI	60	74	10	F	TOG	+							
MR	48	74	11	F	OUG	+	+	+		+	+	6	4

HOTEL DIEU (à partir du 21.4.1971)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. ler s.	ler s. hosp.
DK	31	73	10	MAL	MAL	+	+	+		+	+	1	3
CM	27	73	10	MAL	MAL	+	+	+		+	+	30	
KA	33	73	10	HtVo	NtVo	+	+	+		+	+	10	20
LJ	19	73	10	F	MAR	+	+	+		+	+	15	2
JM	22	74	1	F	IVO	+ +	+	+		+	+	120	4
DK		74	10			+							
KD	28	74	10	SEN	SEN	+	+	+		+	+	3	4

HOPITAL KREMLIN BICETRE (à partir de 1973)

IJ	50	73	5	F	HtVo	+	+	+		+	+	150	7
DA	18	73	12	F	CAM	+	+	+		+	+		
ND	28	74	3	MAL	MAL	+							
HW	45	74	10	MAU	MAU	+							
BA	30	74	10	SEN	SEN	+	+	+		+	+		
LM	29	74	10	DAH	DAH	+	+	+	+				
ND	22	74	12	SEN	SEN	+	+	+		+	+		
LB	24	74	12	F	TOG	+	+	+		+	+		

HOPITAL LAENNEC

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délais H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. ler s.	ler Hosp.
CV	44	71	4	F	RCA	+	+	+		+	+	6	4
DC	24	74	6	MAL	IVO	+	+	+		+	+	5	10
BS	25	74	7	IVO	IVO	+	+	+		+	+	1	
ED	20	74	10	CAM	CAM	+	+	+		+	+	10	5
MJ	6	74	10	CON	CON	+	+	+	+	+	+		
ML	20	74	10	CON	CON	+	+	+	+	+			
LL	35	74	11	F	SEN	+	+	+		+	+	-7	9
YM	24	74	11	PAK	PAK	+	+	+		+	+	9	1

HOPITAL LARIBOISIERE (à partir de 1973)

LJ		73	6			+							
BM	21	73	8	F	DAB	+	+	+		+	+	39	5
SM	34	74	5	PAK	PAK	+	+	+		+	+	240	55
AL	25	74	5	CAM	CAM	+	+	+	+	+	+	90	-
RC	22	74	6	F	AFR	+	+	+		+	+	210	4
CI	46	74	8	F	IVO	+	+	+		+	+	12	5
AA	23	74	9	TOG	TOG	+	+	+		+	+	5	1
ML		74	9			+							
FJ	41	74	9	F	NIG	+	+	+		+	+	5	6

HOPITAL NECKER

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	PLASMODIUM F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. ler s.	ler s. Hosp.
CL		71	10			+							
GN		71	10			+							
MD		72	6			+							
N'G		72	8			+							
KE		72	8			+							
AS	10	72	8	EGY	EGY	+	+	+		+	+	30	3
BS	0,4	72	9	F	IVO	+	+	+		+	+	14	4
MD	25	72	9	F	IVO	+	+	+		+	+	3	12
N'S	12	72	12	CON	CON	+	+	+		+	+		
NS	8	73	5	COM	COM	+	+	+		+	+	25	2
MM	14	73	9	ALG	AGL	+	+	+		+	+	-7	9
BS	56	73	12	F	NIG	+	+	+		+	+	-6	6
BO	3	74	2	IVO	IVO	+	+	+	+	+	+	22	0
SL	14	74	3	F	CAM	+	+	+		+	+	16	8
LM	27	74	7	F	CAM	+	+	+		+	+	14	2
AR		74	10			+							
DL	11	74	10	CAM	CAM	+	+	+		+	+	12	3
KC	15	74	10	IVO	IVO	+	+	+			+	75	3
AC	3	74	11	F	DAH	+	+	+		+	+		

HOPITAL PITIE SALPETRIERE (I)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. ler s.	lers. hosp.
SF	19	70	8	SEN	SEN	+	+	+		+	+	5	
BP	25	70	8	F	GUY	+	+	+		+	+	-10	10
KB	24	70	9	IVO	IVO	+	+	+		+	+	6	
RA	24	70	11	F	CAM	+	+	+		+	+	-6	6
VB	37	70	11	F	AFR	+	+	+		+	+		
PC	26	70	12	F	AFR	+ +	+	+		+	+	330	5
GF	27	70	12	F	IVO	+	+	+		+	+	800	
MA	21	71	6	F	GUY	+	+	+		+	+	250	5
FJ	32	71	8	F	GUI	+	+	+		+	+		35
SS	27	71	10	MAU	MAU	+	+	+		+	+		
GE	47	71	10	HAI	AFRI	+	+	+		+	+	12	2
MP	43	71	11	F	AFR	+	+						
CB	26	71	11	F	ANG +		+	+		+	+	60	10
JJ	61	72	5	F	CON	+	+	+	+	+	+		
MH	43	72	8	F	GAB	+	+	+		+	+	20	10
LJ	24	72	9	F	SEN	+	+	+		+	+	360	12
VE	41	72	10	F	IVO	+	+	+		+	+	28	4
FE	26	72	11	F	RCA	+	+	+		+	+	130	3
ML	21	73	4	CON	CON	+	+	+		+	+		
OA	34	73	7	DAN	DAH	+	+	+		+	+	1	7
SG	37	73	8	TOG	TOG	+	+	+		+	+	10	6
TM	28	73	9	MAL	MAL	+	+	+		+	+	8	3
KA	21	73	9	TOG	TOG	+	+	+		+	+	14	3
MT	33	73	10	CAM	CAM	+	+	+		+	+		
YJ	29	73	10	GAB	GAB	+	+	+	+	+	+	3	-
KB	28	73	10	TOG	TOG	+	+						
MZ	42	73	10	CAM	CAM	+	+	+		+	+		
RP	46	73	10	F	CAM	+	+	+		+	+	16	
DB	19	73	11	SEN	SEN	+	+	+		+	+		

HOPITAL PITIE SALPETRIERE (2e partie)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. ler s.	ler s. hosp.
OC	42	74	1	ARG	GAB	+	+	+		+	+		1
BC	26	74	1	F	CAM	+ +	+	+		+	+		
OS	51	74	2	F	IVO	+	+	+		+	+	20	7
HS	41	74	2	ROU	THA	+	+	+				7	
SM	39	74	8	MAL	MAL	+	+	+		+	+	1	4
MG	54	74	9	F	GAB	+	+	+		+	+	8	6
AK	35	74	9	SEN	SEN	+	+	+				7	
AD	18	74	9	SEN	SEN	+	+	+		+	+	1	8
CJ	27	74	9	F	RCA	+	+	+		+	+	90	6
R	30	74	9	F	NlGU	+	+					20	
DB	28	74	10	F	IVO	+	+	+		+	+	6	1
AS	24	74	10	DAH	DAH	+	+	+		+	+	1	1
DK	33	74	10	MAL	MAL	+	+	+				3	3
DG	27	74	10	HtVo	HtVo	+	+	+		+	+	10	5
FC	47	74	10	F	GAB	+	+	+		+	+	15	7
AF	25	74	10	F	LAO	+ +	+	+				30	25
CP	31	74	10	F	CON	+	+	+		+	+	75	
RC	27	74	10	F	F	+	+	+	+				
DY	31	74	11	MAL	MAL	+	+	+		+	+	20	2
AA	32	74	12	F	LAO	+	+	+		+	+	15	3
BJ	54	74	12	F	AFR	+	+	+		+	+	300	

HOPITAL SAINT ANTOINE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délai H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais ret. ler s.	ler s. hosp.
MT	45	70	6	ALG	ALG	+	+	+		+	+	150	1
DA	30	70	9	MAU	MAU	+	+	+		+	+	4	4
MM	33	71	4	F	SEN	+	+	+		+	+	2	1
DS	34	71	7	MAL	MAL	+	+	+		+	+	20	1
SF	40	71	8	SEN	SEN	+	+	+		+	+	11	4
SF	34	71	10	SEN	SEN	+	+	+		+	+	0	8
GM	26	73	10	SEN	SEN	+	+	+		+	+	10	10
ND	31	74	7	MAL	MAL	+	+	+		+	+	1	4
KJ		74	7			+							
AN		74	9			+							
AN	31	74	9	IVO	IVO	+	+	+		+		1	6
DS	23	74	9	F	SEN	+ +	+	+		+	+	10	4
TM	36	74	10	MAL	MAL	+	+	+		+	+	6	4
GJ	23	74	10	F	MAD	+	+	+		+		20	1

HOPITAL ST JOSEPH (à partir de 1973)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nom	Age	Année	Mois	Nat	Pays	Plasmodium F V M O NI S	Clinique O S G M	Trait. Av Ap O		Délai H.D. Av 0 1 2 3 4+	Délais H.T. Av 0 1 2 3 4+	Délais Ret. ler s.	ler s. hosp.
EJ	8m	73	11	CAM	CAM	+	+	+		+	+	65	3
AO	3	74	3	ALG	AGL	+	+	+	=	+	+		
AA	13	74	7	COM	COM	+	+	+		+	+	3	3
DY	71	74	8	F	AFR	+	+	+	+	+	+		
BO	24	74	12	SEN	SEN	+	+	+		+	+	1	18

CHAPITRE II
RESULTATS OBTENUS

-:-

1. Age des malades

Trahches d'âge	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 et +	Total
Nombre de cas observés	12	20	84	41	30	11	7	205
Européen seulement	2	8	38	14	20	11	7	100
Pourcentage général	6	9,5	41	20	14,5	5,5	3,5	100 %

Si 61 % des malades sont des adultes jeunes (de 20 à 39 ans) nous pouvons constater que chez les européens une proportion importante (38 %) est âgée de plus de 40 ans.

2. Répartition annuelle

Pour faciliter l'interprétation nous avons séparé les cas observés dans les hôpitaux ayant une statistique ne portant que sur 1973 et 1974.

a) Nombre de cas annuels

- hôpitaux ayant une statistique sur les cinq années

1970 : 20 cas
1971 : 29 cas
1972 : 27 cas
1973 : 52 cas
1974 : 71 cas

- autres hôpitaux :

1973 : 8 cas

1974 : 19 cas

ce qui nous donne un total de 60 cas pour 1973 et de 90 cas pour 1974.

Nous observons donc un nombre à peu près constant de cas en 1970, 1971 et 1972, une augmentation importante en 1973 et très importante en 1974

b) distribution par mois

1970 : maximum en septembre (6 cas)
1971 : maximum en octobre (8 cas)
1972 : maximum en août (6 cas)
1973 : maximum en octobre (16 cas)
1974 : maximum en octobre (32 + 3 cas).

Si l'on considère l'ensemble des 5 années nous obtenons pour chaque mois

Janvier	: 8 cas	Juillet	: 16 cas
février	: 9 cas	août	: 21 cas
mars	: 9 cas	septembre	: 37 cas
avril	: 10 cas	octobre	: 63 cas
mai	: 10 cas	novembre	: 18 cas
juin	: 11 cas	décembre	: 14 cas

Nous constatons que près de la moitié des cas sont observés en septembre et octobre, ce qui correspond au retour en France des nombreux vacanciers de l'été, période ou la transmission du paludisme est particulièrement active dans de nombreuses régions d'endémie.

C'est également sur ces 2 mois que l'importante augmentation du nombre de cas observés en 1974 est la plus sensible.

3. Nationalité des malades

Français	98	Gabonnais	3	Egyptiens	1
Sénégalais	21	Mauritaniens	3	Tchadiens	1
Maliens	20	Dahomein	3	Guyanais	1
Camerounais	12	Pakistanais	3	Haïtiens	1
Algériens	11	Portugais	3	Argentins	1
Ivoiriens	10	Comoriens	3	Roumains	1
Congolais	6	Voltaïques	2	Italiens	1
Togolais	6				

Répartition géographique

EUROPE	103	49 %
Afrique noire	90	42 %
Afrique du Nord et Proche Orient	12	6 %
Asie et Océanie	3	1,5 %
Amérique	3	1,5 %
TOTAL	211	100 %

Près d'une fois sur deux les malades sont de nationalité française. Français et Africains recouvrent la presque totalité des cas observés.

4. Provenance des malades

a) par pays

Sénégal : 26
Cote d'Ivoire : 26
Cameroun : 21
Mali : 19
Gabon : 12
Congo : 11
Algérie : 10
Togo : 9
Haute Volta : 5
Niger : 5
Dahomey : 5
RCA : 5

Pakistan : 4
Tchad : 4
Mauritanie : 3
Comores : 2
Maroc : 2
Angola : 2
Guinée : 2
Guyanne : 2
Laos : 2
Egypte : 1
Ghana : 1
Vietnam : 1

Madagascar : 1
Nouvelles hébrides : 1
Arabie Seoudite : 1
Guinée portugaise : 1
Ouganda : 1
Tunisie : 1
Afrique du Sud : 1
Ceylan : 1
Kenya : 1
Nigeria : 1
Indes : 1
Thaïlande : 1
Nouvelle Guinée : 1
Portugal : 1 (?)
France : 1 (?)

Afrique (non précisée) : 15
Extrême Orient (non pr.) : 1

b) par région géographique

Europe	2 (?)	1 % (?)
Afrique noire	179	85 %
Afrique du nord et Proche Orient	15	7 %
Asie, Océanie	13	6 %
Amérique	2	1 %
TOTAL	211	100 %

C'est en Afrique noire que la très grande majorité des malades a contracté le paludisme. Il faut cependant noter la part sensible qui revient à l'Afrique du Nord (Algérie surtout) bien qu'aucun cas n'ait été observé en 1974.

2 cas ont peut-être été contractés en Europe : le 1er, près

d'Orly mais une très grande prudence est nécessaire, un paludisme post transfusionnel ne pouvant être éliminé en particulier en cas de toxicomanie. Le 2e l'aurait été au Portugal mais nous ne possédons que très peu d'éléments sur ces malades et un éventuel séjour en Afrique est possible.

5. Plasmodium

Plasmodium falciparum	141	67 %
Plasmodium Vivax	38	18 %
Plasmodium Ovale	17	7,5 %
Plasmodium Malariae	11	5 %
Non identifié	5	2,5 %
Total	212	

Plasmodium falciparum est retrouvé chez 2 malades sur 3, ce qui souligne toute la gravité potentielle de l'affection et la recessité d'un diagnostic précoce.

Parmi les autres souches c'est plasmodium Vivax que nous rencontrons le plus souvent, dans un peu moins d'un cas sur 5.

6. Tableau clinique

pas de signes évidents	3	1,5 %
Accès simples	179	78 %
Accès graves	20	19,5 %
Cas mortels	2	1 %
Total	204	100 %

22 cas graves dont 2 mortels ont été observés, ce qui représente près d'un cas sur 9 pour l'ensemble des malades et plus d'un cas sur 7 pour plasmodium falciparum.

Nous nous pencherons plus en détail sur les différents aspects cliniques et en particulier sur les cas graves dans la dernière partie de cette étude.

7. Hospitalisation non motivée par le paludisme

Sont ici mentionnés les cas ou un paludisme est découvert chez un malade en cours d'hospitalisation pour une toute autre raison :

- soit qu'un accès clinique se déclare alors
- soit qu'un bilan biologique systématique soit pratiqué en raison des antécédents ou de l'origine du malade et qu'un plasmodium soit observé
- dans certains cas la découverte de l'hématozoaire sera purement fortuite.

Nombre de cas : 13

8. Délai entre le retour de la zone d'endémie et l'apparition des premiers signes cliniques

a) pour plasmodium felciparum

	Avant retour	1ère sem.	2e sem.	3e sem.	4e sem.	5e sem.	6e sem.	7e sem.	8e sem.	9e et +
Nombre de cas	5	52	30	14	2	4	1	0	0	3
%	4	47	27	13	2	3,5	1	0	0	1,5

Sur un total de 111 cas, 3 se sont révélés après la 6e semaine, dont un au neuvième mois. Ces 3 cas sont rapidement décrit ci-dessous.

Cas nº 1 : M.A., 21 ans, français, délai : 250 jours
Séjour en Guyane du 15 juillet au 18 septembre 70
Accès fébriles les 28, 30 mai et 1er juin 71.
Hospitalisation le 2 juin
Goutte épaisse positive : rares gametocytes de falciparum
Prise de nivaquine dès le 1er juin.

Cas nº 2 : F.E., 26 ans, français, délai : 130 jours
Séjour de 2 ans en RCA, retour en France le 26.6.72
Accès fébrile le 5.11.72, auto traitement par nivaquine
GE positive le 8.11.72 : présence d'un gametocyte de falciparum

Cas nº 3 : E.J., 8 mois, camerounaise, délai : 65 jours
Vit au Cameroun depuis sa naissance, arrivée en France le 30.8.73
Hospitalisée le 7.11.73 pour syndrome fébrile, crises d'hypotonie et vomissements depuis plusieurs jours
GE positive le 8.11.73 : falciparum.

b) Plasmodium Vivax, Ovalae et Malariae

	avant le retour	1er mois	2e mois	3e mois	4-6 mois	7-9 mois	10-12 mois	1-2 ans	2 a. et +	T
Nombre de cas	2	13	3	6	5	2	5	4	0	40
%	5	32,5	7,5	15	12,5	5	12,5	10	0	100 %

Des différences très importantes selon les souches de plasmodium apparaissent dans les délais d'apparition des premiers signes cliniques. Ainsi la moitié des cas imputables à plasmodium falciparum se déclarent dans la première semaine, et plus de 9 cas

sur 10 dans le premier mois, tandis qu'à peine plus d'un tiers des cas imputables à une autre souche se seront révélés avant la fin de ce premier mois et moins de la moitié après deux mois. L'étalement dans le temps est donc très important pour ces derniers ce qui ne facilite pas un diagnostic précoce.

Ces résultats font apparaître la nécessité d'un chimio-prophylaxie poursuivie pendant au moins six semaines après le départ de la zone d'endémie.

Il est cependant bien évident qu'une telle protection n'est pas toujours suffisante, surtout en cas d'impaludation par une souche autre que falciparum.

9. Délais entre l'apparition des signes cliniques et l'hôpitalisation

moins de 2 jours	30 cas	soit	23 %
3e et 4e jour	40 cas	soit	30 %
5e et 6e jour	21 cas	soit	16 %
7e et 8e jour	13 cas	soit	10 %
9e et 10e jour	9 cas	soit	7 %
plus de 10 jours	19 cas	soit	14 %

Un cas sur 2 n'est hospitalisé qu'après le 4e jour et 1 cas sur 3 après le 6e. Ce retard est sans doute souvent aussi bien le fait du malade que du médecin. Le malade parce qu'il tarde à consulter dans bien des cas, le médecin parce que devant le peu de spécificité des symptômes observés n'évoquera d'emblée le paludisme que s'il à la notion d'un voyage récent, notion que le malade oubliera bien souvent d'apporter si l'interrogatoire n'est pas suffisamment précis.

10. Conditions de diagnostic et de traitement

a) mise en route du traitement

avant confirmation biologique	32 cas	(16 %)
après confirmation biologique	164 cas	(82 %)
pas de traitement	4 cas	(2%)
Total	200	

b) Délai hospitalisation-diagnostic biologique

diagnostic avant hospitalisation	16	9
Le jour même	72	41,5
1 jour	36	21
2 jours	16	9
3 jours	11	6,5
4 jours et +	23	13
Total	174	100 %

c) Délai hospitalisation-début du traitement

Traitement avant hospitalisation	22	12
Le jour même	82	45
1 jour	31	17,5
2 jours	17	9,5
3 jours	11	6,5
4 jours ou +	17	9,5
Total	180	100 %

Contrastant avec les délais souvent importants qui séparent l'apparition des premiers signes cliniques du moment de l'hospitalisation, le diagnostic et la mise sous traitement spécifique sont habituellement fait rapidement à l'hôpital et ceci particulièrement dans les cas graves

Il reste cependant un pourcentage sensible de malades chez qui le diagnostic tarda à être apporté.

Dans un certain nombre de cas des raisons d'ordre techniques sont au premier plan : il s'écoule parfois malheureusement beaucoup de temps entre le moment où l'on prescrit une goutte épaisse et celui où le résultat vous revient.

D'autre part il est certain que devant un tableau souvent peu spécifique comme le revet habituellement le paludisme de primo invasion une pathologie d'importation n'est pas toujours évoquée. Une meilleure information sur la fréquence de cette affection en France de nos jours est nécessaire.

CHAPITRE III

REFLEXIONS SUR LES DIFFERENTS ASPECTS CLINIQUES OBSERVES ET LES CONDITIONS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

-:-

Les cas simples

Le tableau clinique est généralement celui d'un syndrome fébrile accompagné de céphalées et algies diverses. Des troubles digestifs sont souvent présents, à type de nausées et vomissements, avec douleurs abdominales habituellement diffuses, parfois très localisées.

Ainsi quand la notion d'un voyage récent en zone d'endémie n'est pas recherchée par le médecin ou mentionnée par le malade, ce qui est fréquemment le cas, le diagnostic initialement porté est souvent celui d'embarras gastrique fébrile ou de "grippe", une affection chirurgicale étant même parfois évoquée.

C'est donc généralement devant la persistance ou l'aggravation des symptômes que, un interrogatoire plus approfondi aidant, le paludisme est suspecté et le malade hospitalisé.

Plus souvent cependant c'est seulement à l'hôpital que le diagnostic sera évoqué pour la première fois, habituellement le jour de l'arrivée ou le lendemain, parfois plus tardivement devant l'échec du traitement institué ou la survenue d'une nouvelle poussée fébrile par exemple.

Une fois le patient mis sous traitement spécifique l'évolution est généralement très rapidement favorable.

*

Les cas graves

Nous avons rassemblé dans cette rubrique les malades chez qui le pronostic vital semblait a très brève échéance menacé, principalement les accès pernicieux et les cas ayant nécessité une épuration extra rénale.

23 cas graves dont 2 mortels ont ainsi été observés, soit plus de 10 % de l'ensemble des dossiers étudiés.

Si dans la plupart des cas le diagnostic et la mise sous traitement spécifique ont pu être fait rapidement, et la guérison finalement obtenue, en revanche cela ne s'est pas toujours passé sans problèmes ni échecs. Nous avons donc pensé qu'il serait utile de présenter rapidement cinq observations afin d'illustrer certaines difficultés avec lesquelles le médecin peut se trouver confronté.

Observation nº 1 - C.V., 57 ans, français.

Après un séjour de 8 mois en Guinée cette femme rentre en France le 5 janvier 1973. La prophylaxie antipaludéenne a été suivie de façon très irrégulière. Le 17 janvier, soit 12 jours après le retour, débute un syndrome fébrile et ictérique intense. La malade, très obnubilée, est hospitalisée le 19 au soir.

Divers examens biologiques, dont une goutte épaisse sont alors demandés et un traitement antibiotique est commencé.

Le 20 une amélioration très sensible semble se dessiner : la fièvre disparaît et la conscience de la malade redevient tout à fait normale.

Mais le 21 la fièvre se rallume et un coma profond s'installe.

Le 22 la goutte épaisse qui n'avait pas été faite en raison

du week-end revient : plasmodium falciparum en très grand nombre. La malade, transférée en réanimation est alors mise sous perfusion de quinine. L'évolution sera assez vite favorable et la guérison obtenue.

Observation nº 2 - G.J., 23 ans, français.

Ce jeune homme vivait depuis 4 ans à Madagascar. Il était rentré en France 3 semaines auparavant et avait alors arrêté toute chimioprophylaxie.

Le 12 octobre 1974 au matin il ne se sent pas très bien. Il prend néanmoins une douche et projette de prendre le train à 14 h pour Clermont Ferrand ou séjourne sa famille. Il est vu pour la dernière fois en bonne santé vers 9-10 h du matin par le camarade chez qui il habite.

Le soir même, entre 20 h et 21 h son camarade le retrouve dans le coma, trémulant, avec des vomissements.

Il est alors adressé à Laennec où l'on constate une encéphalopathie au stade 4 avec un ictère pale, une hypertonie diffuse, une respiration extrememement ample, une tension à 10/6,pas de saignement au point de piqûre.

Le malade est intubé, mis sous perfusion et dirigé sur Saint Antoine où il arrive vers 0 h.

Le tableau est identique, la rtempérature est à 37,2, le pouls à 100. Les premières urines ramenées sont rouges, puis par la suite très rares, épaisses et troubles.

Le bilan biologique montre en particulier une urée à 6,10 g avec kaliémie à 5 mEq, une acidose métabolique, une crase sanguine

assez bien conservée mais des plaquettes à 20 000 et un fibrinogène effondré à 0,30 g/l. Un accès pernicieux palustre est évoqué.

A 03 h brusquement, sans aucune hémorragie, survient un collapsus avec pouls et tension imprenables.

Une perfusion massive de 3 flacons de sang fait remonter la TA à 9/5. On se met en quête de quinine (il n'y en avait pas dans l'hôpital) et on fait appel au Professeur Larivière pour l'examen immédiat des frottis.

A 06 h nouvelle chute tensionnelle, puis collapsus, suivi à 07 h d'un arrêt cardiaque irreversible malgré toutes les tentatives de réanimation.

L'examen des lames de frottis fait au même moment révèle un envahissement massif par plasmodium felciparum tandis que la quinine n'est toujours pas arrivée.

Observation nº 3 - M.J., 46 ans, française.

Il s'agit d'une femme ayant séjourné au Cameroun du 13 au 28 août 1974. Une chimioprophylaxie par flavoquine aurait été suivie dont la dernière prise remonterait aux environs du 25 août.

Un syndrome fébrile avec vomissements et douleurs de l'hypochondre droit débute le 31 août. Un traitement antibiotique est alors prescrit.

Le 4 septembre la malade est transférée en clinique avec le diagnostic de cholécystite. Elle est alors très obnubilée et présente une fièvre à 40, une deshydratation très importante, un subictère, des vomissements abondants, une oligoanurie et une hépatomégalie importante. Une rééquilibration hydro électrique intensive est instaurée.

Le 5 septembre la malade va très bien : conscience normale, apyrexie, bon état général. On apprend alors le séjour au Cameroun. Une goutte épaisse aussitôt pratiquée retrouve plasmodium falciparum et l'on prescrit de la nivaquine à la dose de 6 comprimés par jour.

Il semble que les 2 comprimés de midi aient été vomis avec le champagne bu pour fêter la guérison. Les 2 comprimés de 18 h ont bien été pris, semble-t-il, mais les 2 de 22 h. ne l'ont pas été, pour ne pas réveiller la malade qui s'était endormie. Le lendemain matin, 6 septembre, elle est trouvée dans le coma, fébrile et transférée à l'hôpital en réanimation. Plusieurs crises convulsives sont observées. Le traitement par nivaquine intra musculaire, aussitôt entrepris, amène une amélioration au bout de 36 h et la guérison est finalement obtenue.

Observation nº 4 - K.C., 15 ans.

Cette jeune fille qui a toujours vécu en France fait un séjour d'un mois à Abidjan en juillet 1974. La prophylaxie est irrégulière et un premier accès palustre se produit à Abidjan le 20 juillet, nécessitant une hospitalisation de 2 jours. Elle rentre en France le 1er août et arrete de nouveau toute prophylaxie. Le 15 août débute un nouvel accès palustre authentifié également par la goutte épaisse (Plasmodium falciparum). Elle sera alors traitée par Nivaquine qu'elle poursuivra jusqu'au 15 septembre à la dose de 3 comprimés par jour.

Un mois plus tard, les 14 et 15 octobre elle se plaint de céphalées discrètes. Le 16 elle présentera des vertiges et des vomissements et prendra 3 comprimés de Nivaquine. Le 17 son état ne s'améliore pas et elle prendre à nouveau 2 comprimés. Dans la nuit du 17 au 18 elle réveille sa soeur par le bruit de sa respiration stertoreuse et de son agitation : elle présente

alors une hypertonie généralisée avec mouvements cloniques bilatéraux et contraction des masseters. L'enfant bave et perd ses urines. Elle est hospitalisée à 6 h du matin le 18 octobre dans un coma assez profond, apyretique, avec signes pyramidaux bilatéraux.

4 h 30 après son arrivée on enregistre une poussée fébrile à 39º2. Plusieurs gouttes épaisses sont négatives. De multiples explorations sont alors entreprises à la recherche d'une pathologie infectieuse, tumorale, vasculaire ou toxique qui seront toutes négatives elles aussi.

A 18 h l'enfant est transférée en réanimation infantile. Le problème étiologique reste entier. Sur les antécédents de paludisme en août et devant l'absence de tout élément d'orientation quant à l'origine du coma on décide d'instituer un traitement par quinine intraveineuse.

12 heures après la fièvre commence à tomber et l'apyrexie sera obtenue en 36 heures ainsi que la guérison complète.

L'étude immunologique remontrera qu'un taux modéré (1/400e) d'anticorpantipaludéen. Toutes les autres recherches ne donneront aucun résultat.

Observation Nº 5 - S.A., 64 ans, français

Après un séjour au Togo cet homme qui n'avait pas suivi de chimioprophylaxie rentre en France le 15 octobre 1974.

Dès le lendemain du retour un syndrome fébrile avec ictère asthénie et arthralgies se déclare. 5 jours après, le 21 octobre dans la soirée, le malade est hospitalisé dans le coma stade 2-3. Il présentait en outre une deshydratation massive, une hypotonie diffuse, une hyperventilation et un ictère.

Une goutte épaisse pratiquée très rapidement revient positive à Plasmodium felciparum et un traitement par quinine intra veineuse, rééquilibration hydroélectrique et ventilation assistée est entrepris vers 1 heure du matin le 22 octobre.

L'état du malade reste stationnaire toute la journée du 22. Une amélioration semble se dessiner le 23 au matin, en particulier la profondeur du coma diminue sensiblement (stade 1), mais dans l'après midi l'anurie nécessite une séance de rein artificiel et une aggravation importante survient dans la soirée Le malade décède par arrêt cardiaque vers 1 heure du matin le 24 octobre.

Un dosage effectué montrera un taux efficace de quinine dans le sang (4 mg/l).

Nous ne reviendrons pas sur la difficulté du diagnostic et de la conduite thérapeutique dans certains cas. En revanche nous insisterons sur la gravité de certains faits, en particulier l'absence dans de nombreux hôpitaux de quinine pour perfusion intra veineuse d'où l'impossibilité d'instituer rapidement le traitement spécifique des formes graves.

Il faut en effet passer par la pharmacie centrale des hôpitaux avec les longs délais que cela signifie alors que la vie du malade peut se jouer en quelques heures comme nous en avons malheureusement eu la démonstration.

Un autre problème s'est fréquemment posé pendant les gardes de nuit ou de week-end : la difficulté de faire interpréter rapidement un frottis ou une goutte épaisse, faute de personne compétente.

Il conviendrait donc de mieux organiser les laboratoires

afin qu'il puisse répondre à la demande dans un très bref délai, ou d'organiser un tour de garde dans les hôpitaux de Paris. Autrement il serait souhaitable que les services de réanimation disposent du petit matériel nécessaire au diagnostic : lame, vaccinostyle, colorant de May Grunwald et Giemsa et bien sûr microscope.

Vis à vis des voyageurs une bien meilleure information apparaît nécessaire. Nous avons été étonné du nombre de personnes qui en toute bonne foi arrêtent leur chimioprophylaxie le jour du retour, pensant tout risque écarté. Sur l'ensemble des cas que nous avons observés il semble nécessaire de poursuivre celle-ci au moins 6 semaines après avoir quitté la zone endémique.

Le paludisme d'importation est observé de plus en plus fréquemment en France et la formation technique du médecin apparaît souvent insuffisante dans ce domaine. L'enseignement médical traditionnel est très normalement polarisé sur les maladies les plus habituelles en France et en Europe et ne s'est pas adapté à l'introduction massive de maladies dites "exotiques" par les travailleurs immigrés mais aussi par de nombreux français de plus en plus séduits par l'émigration transcontinentale. Un effort dans ce domaine apparaît donc également nécessaire pour que le malade puisse bénéficier de meilleures garanties de diagnostic et de traitement.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Une enquête que nous avons menée dans 14 hôpitaux parisiens nous a permis de recenser 226 cas de paludisme qui ont été diagnostiqués entre le 1er janvier 1970 et le 1er janvier 1975, avec une nette augmentation en 1973 et surtout en 1974.

Ce chiffre bien que non exhaustif montre l'importance que revêt de nos jours le paludisme dans la pathologie hospitalière courante. Les malades étaient de nationalité française une fois sur deux et revenaient d'Afrique noire dans 86 % des cas.

La plupart ont été observés durant les mois d'automne c'est-à-dire qu'ils apparaissait en moyenne dix jours après que les sujets aient quitté la zone d'endémie.

Plasmodium falciparum est l'agent responsable dans deux cas sur trois, Plasmodium vivax dans un cas sur cinq.

22 cas graves dont 2 mortels ont été observés, chez lesquels l'expression clinique se partageait entre les manifestations neurologiques du neuro paludisme et la symptomatologie d'un ictère grave nécessitant dans un grand nombre de cas une épuration extra rénale. Cette recrudescence touchant particulièrement des sujets de nationalité française s'explique sans doute par l'augmentation de la migration saisonnière transcontinentale. Elle impose qu'une information des voyageurs soit de plus en plus développée afin qu'ils comprennent la nécessité d'observer rigoureusement les règles d'une chimioprophylaxie qui doit être

en particulier poursuivie au moins six semaines après le retour de la zone d'endémie. Nous avons observé que dans un certain nombre de cas les délais du diagnostic étaient trop longs et plus particulièrement lorsqu'ils se posaient la nuit ou durant les week-end.

Or le diagnostic hématologique d'un paludisme est relativement facile : une lame, un vaccinostyle, du colorant de May Grundwald et Giemsa et bien sur l'existence d'un microscope permettent un diagnostic en 30 à 40 minutes. La mise à la disposition des services de réanimation de ce petit matériel ou l'organisation d'un tour de garde dans les hôpitaux de Paris permettraient d'éviter certaines évolutions dramatiques et même fatales.

D'autre part la mise sous traitement spécifique a été parfois très retardée ; certaines pharmacies d'hôpital n'ayant pas un approvisionnement en quinine. Il faut alors subir les longues démarches d'impose le recours à la pharmacie centrale des hôpitaux.

-:-

Vu
Le Président :
Signé : M. LARIVIERE

Vu
Le Doyen :
Signé : C. BETOURNE

Vu et permis d'imprimer :
LE Président de l'Université Paris V - René Descartes
Signé : J. FREZAL

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-